



AGING AND DISABILITY SERVICES ADMINISTRATION
Home 및 Community Based 웨이버
서비스 인증서
ACKNOWLEDGMENT OF SERVICES

신청인의 이름	ACES수혜자 ID 번호
---------	---------------

Home 및 Community based 웨이버는 유자격자에 한해 수혜자가 공공시설에 수용되지 않도록 필요한 특수 메디케이스 서비스를 받을 수 있도록 기회를 제공하고 있습니다. 이들 서비스는 메이케어 및 메디케이드 서비스 센터에서 승인한 메디케이스 웨이버 프로그램 하에 제공됩니다. 본 서비스는 보건사회부로부터 양로원에 거주 할 자격이 있는 자로 판정 받았으나 자택이나 커뮤니티 내에서 살기를 원하는 사람에게 제공됩니다.

본인은 양로원 대신에 본인이 받을 수 있는 다른 서비스에 대한 정보를 받았으면 다음 서비스를 받기를 원합니다.

- COPES 웨이버 서비스
 - Medically Needy (의학적으로 필요한) 웨이버 서비스
 - 양로원 서비스
-
- 본인은 웨이버 서비스를 거절합니다.**

신청인의 서명	날짜	
대변인의 서명	<input type="checkbox"/> 보호자 <input type="checkbox"/> 대변인	날짜
사회복지담당자 / 케이스 매니저의 서명	날짜	
사무기관	전화번호(지역 번호 포함)	

공정심의회 신청에 대한 귀하의 권리는 다음과 같습니다.

웨이버 서비스를 거절 당하였을 경우 혹은 귀하가 선택한 웨이버 서비스를 거절 당할 경우 공정심의회를 신청할 권리가 있습니다. 거절 통지서를 받은 날짜로부터 90일 이내 심의회를 신청할 수 있습니다. 공정심의회는 Home and Community Services Division 사무실이나 지역의 Aging 기관 혹은 CHIEF, OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, MAIL STOP: 42489, DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489로 서신을 보내 신청할 수 있습니다.